N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Taux d'hospitalisation chez les immigrants économiques au Canada

par Edward Ng, Claudia Sanmartin et Douglas G. Manuel

Date de diffusion : le 19 juillet 2017

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2017

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Taux d'hospitalisation chez les immigrants économiques au Canada

par Edward Ng, Claudia Sanmartin et Douglas G. Manuel

Résumé

Contexte : Les immigrants économiques en général, et les demandeurs principaux de la catégorie économique (DPCE) plus particulièrement, ont tendance à avoir une meilleure santé que les autres immigrants. Cependant, les résultats en matière de santé varient parmi les sous-catégories de ce groupe, particulièrement selon le sexe.

Méthodes : La présente étude examine les taux d'hospitalisation parmi les DPCE âgés de 25 à 74 ans qui sont arrivés au Canada entre 1980 et 2006 à titre de travailleurs qualifiés, de gens d'affaires immigrants ou d'aides familiaux résidants. L'analyse a fait appel à deux bases de données couplées pour évaluer les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) globalement, et pour les causes principales, selon le sexe. Les THNA des sous-catégories de DPCE ont été comparés entre eux et à ceux de la population née au Canada. Une régression logistique a été utilisée pour déterminer indirectement le rapport de cotes pour l'hospitalisation parmi les DPCE, selon le sexe.

Résultats : Les DPCE de sexe masculin et de sexe féminin âgés de 25 à 74 ans présentaient des THNA toutes causes confondues significativement plus bas que la population née au Canada se trouvant dans la même fourchette d'âge. Cette tendance ressortait pour chacune des sous-catégories de DPCE et pour chacune des maladies examinées. Comparativement aux travailleurs qualifiés, les gens d'affaires immigrants présentaient une cote exprimant le risque d'être hospitalisés moins élevée, tandis que chez les aides familiaux résidants arrivés après 1992, cette cote était plus élevée. La prise en compte du niveau de scolarité, de la connaissance d'une langue officielle et de la région du monde a réduit la force de ces associations ou les a éliminées.

Interprétation : Comparativement à la population née au Canada, les DPCE affichaient de manière générale des taux d'hospitalisation inférieurs. Des différences s'observaient parmi les sous-catégories de DPCE.

Mots-clés : Gens d'affaires immigrants, couplage de données, catégorie d'immigration, aides familiaux résidants, travailleurs qualifiés.

Dans le domaine de la recherche sur la santé, on reconnaît que les immigrants au Canada ne forment pas un groupe homogène et on constate des différences dans les résultats selon certaines caractéristiques telles que le lieu d'origine et la période d'arrivée[1,2]. En raison d'un manque de données, peu d'études se sont concentrées sur les résultats en matière de santé selon la catégorie d'immigration (regroupement familial, réfugiés, catégorie économique), même s'il s'agit d'une dimension importante des recherches sur l'immigration[3,4]. Les immigrants de la catégorie du regroupement familial et de celle des réfugiés sont admis pour des motifs de réunification et des considérations d'ordre humanitaire. Les immigrants de la catégorie économique sont sélectionnés en fonction d'un système de pointage conçu pour évaluer leurs compétences et ce qu'ils peuvent apporter à l'économie[5].

Grâce à l'élaboration de nouvelles sources de données, il a été possible d'analyser les résultats en matière de santé pour des catégories d'immigration particulières, notamment, les réfugiés, perçus comme étant les plus vulnérables[6,7]. On a moins porté attention aux immigrants de la catégorie économique, même s'ils constituent la majorité des arrivées récentes (55 % en 2006, comparativement à 13 % pour les réfugiés)[8]. Une exception a été une étude fondée sur le couplage des renseignements tirés du fichier d'établissement aux données administratives provinciales, qui a montré une importante hétérogénéité à l'intérieur de la catégorie économique en ce qui a trait à l'utilisation des services de soins de santé. Cependant, les résultats étaient provisoires et rendaient compte uniquement de deux provinces, soit le Manitoba et la Colombie-Britannique[9].

Les immigrants économiques se divisent en trois sous-catégories, soit les travailleurs qualifiés, les gens d'affaires et les aides familiaux résidants[8]. Les travailleurs qualifiés et les gens d'affaires sont sélectionnés pour leur capacité à s'établir sur le marché du travail ou dans le cadre d'activités entrepreneuriales. Dans le cadre du Programme des aides familiaux résidants, les travailleurs étrangers temporaires sont admis afin de s'occuper d'enfants, de personnes âgées ou de personnes handicapées dans des ménages privés. Les participants au programme peuvent présenter une demande de statut de résident permanent au bout de trois ans, après avoir travaillé deux ans comme aides familiaux résidants[10].

Lorsqu'ils arrivent, les immigrants ont tendance à être en bonne santé comparativement aux personnes nées au Canada, un phénomène connu comme l'« effet de l'immigrant en santé ». Le taux selon lequel la santé des immigrants décline avec le temps varie[1,11]. Par exemple, l'investissement financier requis pour être admis en tant que gens d'affaires immigrants porte à croire que ces personnes ont beaucoup d'argent. En revanche, des études qualitatives ont révélé que les aides familiaux résidants pourraient être confrontés à des conditions d'emploi qui entraînent des défis en matière de santé[12-14], bien que peu de preuves quantitatives existent pour permettre de comparer leur santé à celle des immigrants des sous-catégories des gens d'affaires et des travailleurs qualifiés.

Comme les demandes d'immigration sont principalement triées en fonction des demandeurs principaux, la présente étude se concentre sur ce groupe, qui constitue environ 40 % de la catégorie économique[8]. À l'aide de données tirées des bases de

Auteurs : Edward Ng (edward.ng@canada.ca), Claudia Sanmartin et Douglas G. Manuel travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada à Ottawa (Ontario). Douglas G. Manuel est également rattaché à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et à l'Institut de recherche en services de santé.

données couplées, on a calculé les taux d'hospitalisation chez les demandeurs principaux de la catégorie économique (DPCE) âgés de 25 à 74 ans, selon la sous-catégorie et le sexe, et ceux-ci ont ensuite être comparés aux taux pour la population née au Canada et entre les sous-catégories.

Les taux d'hospitalisation ne sont pas un indicateur de la santé parfait, car ils ne reflètent pas les maladies moins graves n'exigeant pas une hospitalisation. Cela étant dit, les coûts d'hospitalisation représentent la part la plus importante des dépenses en soins de santé au Canada (près de 30 % des 219 milliards de dollars dépensés au titre des soins de santé en 2015)[15]. Il est donc important de comprendre les tendances en matière d'utilisation des services hospitaliers par des groupes de population tels que les immigrants.

Données et méthodes

Sources des données

Le Fichier d'établissement des immigrants (FEI) est fourni à Statistique Canada sur une base annuelle. Il s'agit d'une base de données nationale — tenue par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC), anciennement Citoyenneté et Immigration Canada — qui recense les immigrants arrivés au Canada depuis 1980. Le FEI comprend la date d'entrée, le pays d'origine, la catégorie d'admission (catégorie économique, regroupement familial, réfugié), ainsi que le statut du demandeur principal[16]. Les dossiers d'admission pour 1980 à 2008 inclusivement ont été utilisés aux fins de couplage.

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) répertorie les congés obtenus d'un hôpital par toutes les personnes hospitalisées (sauf au Québec), renseignements que l'Institut canadien d'information sur la santé fournit à Statistique Canada[17]. Cette base de données contient des données démographiques, administratives et d'ordre clinique se rapportant à environ 3 millions de congés d'hôpital annuellement. Les congés accordés pour 2006-2007 à 2008-2009 ont servi au couplage.

Le couplage du FEI et de la BDCP a été réalisé au moyen d'un appariement déterministe exact, le fichier du Recensement de 2006 ayant servi de « pont »[18,19]. Parmi les 2,6 millions de dossiers admissibles du FEI, 10 % ont été couplés à au moins un dossier de la BDCP entre 2006-2007 et 2008-2009. Une validation a permis de conclure que le fichier couplé du FEI et de la BDCP est représentatif des immigrants récents qui vivaient au Canada en 2006 ainsi que de leurs expériences d'hospitalisation[20]. Les détails à propos de ce couplage sont disponibles ailleurs[21,22].

Le questionnaire détaillé du recensement est remis à 20 % de la population, en excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels. Les données couplées du Recensement de 2006 et de la BDCP ont été utilisées pour estimer les taux d'hospitalisation parmi la population née au Canada. À l'aide de la méthode d'appariement déterministe hiérarchique, les questionnaires d'environ 4,6 millions de personnes ayant répondu au questionnaire détaillé du recensement (le Québec non compris) ont été couplés à la BDCP pour les trois exercices financiers de 2006-2007 à 2008-2009, en fonction de la date de naissance, du sexe et du code postal résidentiel. Une validation avait déterminé que le fichier couplé convenait à la recherche liée à la santé[19].

Le Conseil exécutif de gestion de Statistique Canada a approuvé tous les couplages[22]. L'utilisation des données couplées est régie par la *Directive sur le couplage d'enregistrements*[23]. Statistique Canada assure la confidentialité des renseignements personnels des répondants durant le couplage et lors de l'utilisation ultérieure des fichiers couplés. Seuls les employés qui interviennent directement dans le processus ont accès aux données d'identification uniques nécessaires au couplage (comme le nom et le sexe). Toutefois, ces employés n'ont pas accès aux renseignements sur la santé. Une fois le couplage de données terminé, on crée un fichier d'analyse, duquel on a supprimé les données d'identification. La présente analyse repose sur ce fichier anonymisé.

Cohortes d'étude

Cette étude est fondée sur deux cohortes représentant les populations d'immigrants et de personnes nées au Canada. La *cohorte des immigrants* a été créée à partir des données couplées du FEI et de la BDCP. Seuls les DPCE âgés de 25 à 74 ans habitant en dehors du Québec au moment du Recensement de 2006 faisaient partie du champ d'observation. La cohorte était composée de 507 405 DPCE, dont 54 445 ont fait l'objet d'un couplage avec les données sur les congés d'hôpital pendant les trois années de suivi.

La *cohorte des personnes nées au Canada* a été créée à partir du couplage des données du recensement couplées avec celles de la BDCP. Les critères d'inclusion étaient d'avoir de 25 à 74 ans, d'être né au Canada et d'habiter une autre province que le Québec. La cohorte était fondée sur une population pondérée de 10 031 000 personnes, tirée de l'échantillon de 2 063 100 dossiers, dont 517 350 ont fait l'objet d'un couplage avec les données sur les congés d'hôpital au cours des trois années de suivi.

Variables

Les DPCE ont été répartis en travailleurs qualifiés, gens d'affaires immigrants et aides familiaux résidants. Un petit nombre d'entre eux qui avaient été sélectionnés par les provinces dans le cadre du Programme des candidats des provinces ont été regroupés avec les travailleurs qualifiés.

Le Canada recrute depuis longtemps des travailleurs étrangers temporaires[10,24]. Le 27 avril 1992, le Programme des travailleurs domestiques étrangers a été remplacé par le Programme des aides familiaux résidants. Dans l'analyse globale, l'expression « aides familiaux résidants » comprend les personnes admises au pays en vertu du Programme des travailleurs domestiques étrangers. Pour faire la différence entre les deux groupes, l'année d'établissement a été définie comme étant avant 1993 ou non. Comme la grande majorité des aides familiaux résidants sont des femmes, les aides familiaux résidants de sexe masculin n'ont pas été inclus dans l'analyse détaillée.

Le niveau de scolarité — au moment de la présentation de la demande — a été défini à l'aide des deux choix de réponse suivants : au moins un baccalauréat (grade universitaire) et niveau inférieur de scolarité. La connaissance d'une langue officielle a été définie d'après la connaissance déclarée de l'anglais ou du français, ou des deux langues, au même moment. Les régions du monde étaient les suivantes : Caraïbes, Amérique centrale et Amérique du Sud, Europe de l'Ouest, Europe de l'Est, Asie du Sud-Ouest et Afrique, Asie du Sud, Asie du Sud-Est, et autres (y compris les États-Unis et l'Océanie)[1].

La répartition des DPCE selon le sexe et la sous-catégorie a servi à établir les groupes d'âge suivants : 25 à 44 ans, 45 à 54 ans et 55 à 74 ans.

Méthodes statistiques

Les statistiques descriptives ont été utilisées pour établir le profil des DPCE selon la sous-catégorie d'immigration. Le principal résultat a été au moins un congé d'hospitalisation en soins de courte durée pendant la période du 1er avril 2006 au 31 mars 2009. Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) ont été annualisés et calculés pour toutes les causes confondues (à l'exception de la grossesse) ainsi que pour les principales causes, selon le diagnostic principal, conformément à la version 10 de la *Classification internationale des maladies*[25]. Les causes principales étaient les maladies de l'appareil circulatoire (codes I00 à I93), les maladies de l'appareil digestif (K00 à K93) et le cancer (C00 à D48). La population née au Canada était la population de référence pour la normalisation selon l'âge et formait la catégorie de référence pour la comparaison des THNA.

Des contrôles statistiques servant à évaluer les différences dans les THNA ont été effectués à l'aide d'une transformation logarithmique, afin de corriger la répartition de ces taux de l'asymétrie attribuable à l'analyse d'événements rares[26]. La régression logistique a été utilisée pour calculer les rapports de cotes par sexe, corrigés de l'âge et entièrement corrigés, pour toutes les hospitalisations en général et celles attribuables à une cause en particulier, par sous-catégorie de DPCE. À cette fin, les travailleurs qualifiés représentaient la catégorie de référence. Les covariables du modèle entièrement corrigé étaient le niveau de

Tableau 1
Certaines caractéristiques chez les demandeurs principaux de la catégorie économique compris dans le fichier tiré du couplage du Fichier d'établissement des immigrants avec la Base de données sur les congés des patients et chez les personnes nées au Canada comprises dans le fichier tiré du couplage du Recensement de 2006 à la Base de données sur les congés des patients, selon le sexe, population de 25 à 74 ans, Canada, le Québec et les territoires non compris.

	Hommes					Femmes				
	Demandeurs principaux de la catégorie économique				Nés au Canada	Demandeurs principaux de la catégorie économique				Nées au Canada
Caractéristiques	Total	Travailleurs qualifiés	Gens d'affaires	Aides familiaux résidents	Total	Total	Travailleuses qualifiées	Gens d'affaires	Aides familiaux résidents	Total
Total										
Nombre	337 725	296 025	40 595	1 105	4 917 820	169 680	116 700	7 085	45 600	5 113 155
%	100,0	87,7	12,0	0,3	...	100,0	69,0	4,2	26,9	...
Âge (moyenne)	45,9	44,8	54,4	43,6	46,2	44,4	43,9	51,8	44,4	46,4
	répartition en %									
Groupe d'âge										
25 à 44 ans	46,8	51,3	13,2	55,8	46,8	52,2	54,0	19,4	52,5	46,4
45 à 54 ans	34,6	34,1	37,7	31,1	25,8	35,1	34,2	43,9	35,9	25,7
55 à 74 ans	18,7	14,5	49,1	13,1	27,4	12,8	11,7	36,7	11,6	27,9
Région du monde										
Caraïbes, Amérique centrale/du Sud	5,2	5,7	1,3	6,2	...	9,5	9,8	1,5	9,9	...
Europe de l'Ouest	11,0	10,7	13,2	3,7	...	8,2	7,8	8,5	9,2	...
Europe de l'Est	12,2	13,7	1,9	5,2	...	10,4	13,9	2,3	2,6	...
Asie du Sud-Ouest et Afrique	12,5	12,8	10,8	3,4	...	7,2	9,9	4,5	0,9	...
Asie du Sud	19,1	20,8	6,6	5,3	...	6,6	9,0	1,8	1,1	...
Asie du Sud-Est	7,2	7,6	2,5	69,9	...	31,3	16,3	3,4	74,1	...
Asie de l'Est	30,9	26,8	62,1	4,7	...	24,6	30,6	75,2	1,2	...
Autres (États-Unis, Océanie, autres)	1,9	2,0	1,6	1,5	...	2,3	2,8	2,9	1,0	...
Année d'établissement										
1980 à 1992	28,8	27,8	35,7	31,7	...	33,9	32,6	30,3	37,8	...
1993 à 2006	71,3	72,2	64,3	68,3	...	66,1	67,4	69,7	62,2	...
Diplôme universitaire	69,1	73,2	39,5	41,6	18,9	56,9	65,7	35,8	37,7	20,3
Compétence linguistique										
Anglais ou français ou les deux langues	79,1	82,8	51,6	94,5	99,9	86,7	84,3	46,7	99,0	99,9
Aucune	20,9	17,2	48,4	5,5	0,1	13,3	15,7	53,4	1,0	

... n'ayant pas lieu de figurer

Note : Les aides familiaux résidants comprennent les participants au Programme des travailleurs domestiques étrangers avant 1992.

Sources : Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006 inclusivement) couplé à la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009 inclusivement); Recensement de 2006 couplé à la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009 inclusivement).

scolarité, la connaissance d'une langue officielle[27] et la région du monde[1,2]. Dans le but de différencier les aides familiaux résidants de sexe féminin des travailleurs domestiques étrangers, on a mené des analyses de régression logistique selon la cohorte d'établissement.

Résultats

Description des cohortes

Les répartitions selon la sous-catégorie de DPCE variaient en fonction du sexe. Ainsi, la majorité (88 %) des DPCE de sexe masculin âgés de 25 à 74 ans étaient des travailleurs qualifiés. La proportion de gens d'affaires immigrants parmi les DPCE s'établissait à 12 %, tandis que très peu (0,3 %) étaient des aides familiaux résidants (tableau 1).

De même, parmi les DPCE de sexe féminin, la majorité (69 %) étaient des travailleuses qualifiées. En revanche, plus du quart (27 %) étaient classées dans la catégorie des aides familiaux résidants. La proportion restante (4 %) était composée des immigrantes de la catégorie des gens d'affaires.

Exception faite des immigrants de la catégorie des gens d'affaires (dont la moitié étaient âgés de 55 à 74 ans), les DPCE avaient tendance à être plus jeunes que la population née au Canada.

Les pourcentages de DPCE qui étaient titulaires d'un diplôme universitaire (baccalauréat ou niveau supérieur de scolarité) étaient plus élevés parmi les travailleurs qualifiés, soit 73 % pour les hommes et 66 % pour les femmes. De même, les pourcentages possédant un grade universitaire parmi les gens d'affaires immigrants et les aides familiaux résidants (36 % à 42 %) dépassaient ceux pour la population née au Canada (environ 20 %).

La connaissance d'une langue officielle était la plus élevée parmi les aides familiaux résidants, dont environ 95 % ont déclaré avoir une connaissance de l'anglais ou du français ou des deux langues. Plus de 80 % des travailleurs qualifiés et environ 50 % des gens d'affaires immigrants ont fait une telle déclaration.

Dans le cas des DPCE de sexe masculin, les régions du monde les mieux représentées étaient l'Asie de l'Est (31 %), l'Asie du Sud (19 %) et l'Asie du Sud-Ouest et l'Afrique (13 %). Dans le cas des DPCE de sexe féminin, l'Asie du Sud-Est (31 %) venait en tête, suivie de l'Asie de l'Est (25 %) et l'Europe de l'Est (10 %). Le classement de l'Asie du Sud-Est au premier rang était attribuable aux aides familiaux résidants originaires des Philippines.

La majorité des DPCE se sont établis après 1992 (71 % des hommes et 66 % des femmes).

Tableau 2
Taux d'hospitalisation bruts et normalisés selon l'âge (THNA)† toutes causes confondues et causes principales pour 10 000 personnes âgées de 25 à 74 ans, selon le sexe, demandeurs principaux de la catégorie économique (DPCE) et population née au Canada, Canada, le Québec et les territoires non compris, 2006-2007 à 2008-2009 inclusivement

Origine, sexe et catégorie de DPCE	Toutes causes confondues				Maladies de l'appareil circulatoire				Maladies de l'appareil digestif			
			Intervalle de confiance de 95 %				Intervalle de confiance de 95 %				Intervalle de confiance de 95 %	
Hommes	**Bruts**	**THNA**	**de**	**à**	**Bruts**	**THNA**	**de**	**à**	**Bruts**	**THNA**	**de**	**à**
Nés au Canada‡	665,2	665,2	663,9	666,5	134,3	134,3	133,7	134,9	93,6	93,6	93,1	94,1
Total – Catégorie économique	268,6	301,2*	297,5	305,0	59,1	67,4*	65,6	69,2	45,1	48,3*	46,8	49,7
Travailleurs qualifiés	253,2	309,4*	305,0	313,8	55,1	70,1*	68,0	72,3	43,5	48,7*	47,1	50,4
Gens d'affaires	381,1	282,0*	271,4	292,9	88,0	57,3*	53,4	61,6	57,5	45,1*	40,8	49,9
	Toutes causes confondues (excluant la grossesse)				**Cancer**				**Maladies de l'appareil digestif**			
			Intervalle de confiance de 95 %				Intervalle de confiance de 95 %				Intervalle de confiance de 95 %	
Femmes	**Bruts**	**THNA**	**de**	**à**	**Bruts**	**THNA**	**de**	**à**	**Bruts**	**THNA**	**de**	**à**
Nées au Canada‡	668,0	668,0	666,7	669,3	75,0	75,0	74,5	75,4	92,4	92,4	91,9	92,9
Total – Catégorie économique	275,1	310,0*	304,3	315,8	65,8	68,0*	65,5	70,6	34,2	38,2*	36,2	40,3
Travailleuses qualifiées	268,6	278,3*	272,6	284,2	65,6	65,1*	62,5	67,9	32,3	33,1*	31,1	35,1
Gens d'affaires	255,9	225,2*	200,1	253,4	63,0	59,1*	46,7	74,8	32,9	29,4*	21,1	40,8
Aides familiaux résidants	294,6	303,5*	293,9	313,3	66,9	65,7*	61,4	70,2	39,3	40,6*	37,2	44,3

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
† normalisé en fonction de la population de 25 à 74 ans du Recensement de 2006
‡ catégorie de référence
Note : Les aides familiaux résidants comprennent les participants au Programme des travailleurs domestiques étrangers avant 1992.
Sources : Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006 inclusivement) couplé à la base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009 inclusivement); Recensement de 2006 couplé à la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009 inclusivement).

THNA plus bas que pour la population née au Canada

Le THNA toutes causes confondues chez les DPCE de sexe masculin était plus de deux fois inférieur au taux correspondant chez les hommes nés au Canada (301 comparativement à 665, pour 10 000 personnes) (tableau 2). Cette tendance s'observait parmi les travailleurs qualifiés et les gens d'affaires immigrants, ainsi que pour les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil digestif.

Parmi les DPCE de sexe féminin, le THNA toutes causes confondues (excluant la grossesse) était significativement moins élevé que celui observé

chez les femmes nées au Canada (310 comparativement à 668, pour 10 000 personnes). Encore une fois, les différences étaient significatives pour chaque sous-catégorie de DPCE et chaque cause d'hospitalisation.

L'ordre d'importance des causes principales d'hospitalisation était le même parmi les DPCE de sexe masculin et les hommes nés au Canada. Ainsi, les maladies de l'appareil circulatoire arrivaient au premier rang, suivies des maladies de l'appareil digestif. En revanche, l'ordre variait chez les DPCE de sexe féminin et les femmes nées au Canada, le cancer devançant les maladies de l'appareil digestif chez les premières et les maladies de l'appareil digestif surpassant le cancer chez les dernières.

Différences entre les sous-catégories

Parmi les DPCE de sexe masculin, les gens immigrants de la catégorie des gens d'affaires étaient significativement moins susceptibles que les travailleurs qualifiés d'être hospitalisés (RC = 0,86, IC de 95 % = 0,82 à 0,90) (tableau 3). Les tendances étaient similaires pour les hospitalisations attribuables à des maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil digestif, mais lorsque le niveau de scolarité, la connaissance d'une langue officielle et la région du monde étaient pris en compte, les différences entre les deux sous-catégories n'étaient plus statistiquement significatives.

Parmi les DPCE de sexe féminin, celles de la catégorie des gens d'affaires présentaient des probabilités significativement moins élevées d'hospitalisation toutes causes confondues que les travailleuses qualifiées (RC = 0,75, IC de 95 % = 0,68 à 0,84), tandis que les aides familiaux résidants de sexe féminin présentaient des probabilités significativement plus élevées (RC = 1,10, IC de 95 % = 1,05 à 1,11). Les résultats étaient similaires dans le cas des hospitalisations pour des maladies de l'appareil digestif, mais pas pour le cancer, où aucune différence significative n'a été remarquée parmi les sous-catégories de DPCE. Lorsque les modèles ont été entièrement corrigés, les femmes de la catégorie des gens d'affaires immigrants ont continué de présenter des probabilités plus faibles d'hospitalisation toutes causes confondues que les travailleuses qualifiées, mais les probabilités pour les aides familiaux résidants de sexe féminin n'étaient plus statistiquement différentes. Cependant, pour ce qui est des maladies de l'appareil digestif, les aides familiaux résidants de sexe féminin continuaient de présenter des probabilités significativement plus élevées d'hospitalisation (RC = 1,22, IC de 95 % = 1,05 à 1,40).

Aides familiaux résidants

Une analyse des THNA des DPCE de sexe féminin selon la cohorte d'admission

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés reliant les demandeurs principaux de la catégorie économique (DPCE) aux hospitalisations, selon le sexe, toutes causes confondues et causes principales, population de 25 à 74 ans, Canada, le Québec et les territoires non compris, 2006-2007 à 2008-2009 inclusivement

Sexe et catégorie de DPCE	Toutes causes confondues						Maladies de l'appareil circulatoire						Maladies de l'appareil digestif					
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Hommes	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé†	de	à	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé†	de	à	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé†	de	à
Travailleurs qualifiés‡	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Gens d'affaires	0,86*	0,82	0,90	1,01	0,97	1,06	0,80*	0,74	0,87	1,05	0,96	1,14	0,90*	0,82	0,99	1,03	0,94	1,14

	Toutes causes confondues (excluant la grossesse)						Cancer						Maladies de l'appareil digestif					
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Femmes	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé†	de	à	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé†	de	à	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé†	de	à
Travailleuses qualifiées‡	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Gens d'affaires	0,75*	0,68	0,84	0,88*	0,79	0,98	0,85	0,71	1,03	0,97	0,79	1,17	0,75*	0,57	0,99	0,85	0,64	1,14
Aides familiaux résidants	1,10*	1,05	1,15	1,04	0,98	1,10	1,02	0,94	1,10	0,92	0,83	1,02	1,27*	1,13	1,42	1,22*	1,05	1,40

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† corrigé pour l'âge, du niveau de scolarité, de la connaissance d'une langue officielle, de la région du monde

‡ catégorie de référence

Note : Les aides familiaux résidants comprennent les participants au Programme des travailleurs domestiques étrangers avant 1992.

Source : Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006 inclusivement) couplé à la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009 inclusivement).

témoigne de l'incidence de l'abandon du Programme des travailleurs domestiques étrangers au profit du Programme des aides familiaux résidants en 1992 (tableau 4). Les cotes exprimant le risque d'hospitalisation toutes causes confondues chez les femmes entrées au Canada dans le cadre du Programme des travailleurs domestiques étrangers n'étaient pas significativement différentes de celles des travailleuses qualifiées arrivées au cours de cette période (RC = 1,03, IC de 95 % = 0,96 à 1,10), peu importe le niveau de scolarité, la connaissance d'une langue officielle et la région du monde. Cela était aussi vrai pour les hospitalisations attribuables au cancer. Cependant, dans le cas des maladies de l'appareil digestif, une correction entière a donné lieu à une cote exprimant le risque d'hospitalisation marginalement plus élevée parmi les travailleuses domestiques étrangères (RC = 1,24, IC de 95 % = 1,01 à 1,51).

Les participantes au Programme des aides familiaux résidants qui sont arrivées après 1992 présentaient une cote exprimant le risque d'hospitalisation toutes causes confondues et d'hospitalisation liée aux maladies de l'appareil digestif significativement plus élevée que les travailleuses qualifiées. Lorsque le niveau de scolarité, la connaissance d'une langue officielle et la région du monde dans le monde étaient pris en compte, cette cote n'était plus significativement différente.

Discussion

Il s'agit de la première étude qui analyse les taux d'hospitalisation chez les immigrants de la catégorie de l'immigration économique, selon la sous-catégorie. Comparativement à la population âgée de 25 à 74 ans née au Canada, les DPCE présentaient un faible taux d'hospitalisation, même si des différences émergeaient entre les sous-catégories. La correction pour tenir compte du niveau de scolarité, de la connaissance d'une langue officielle et de la région du monde a fait ressortir des différences dans les résultats, d'où l'importance de tenir compte de ces facteurs.

Les faibles taux d'hospitalisation parmi les DPCE par rapport à la population née au Canada corroborent l'« effet de l'immigrant en santé ». La tendance pour les immigrants, particulièrement ceux arrivés récemment, d'être en meilleure santé pourrait être attribuable à une autosélection et à un dépistage médical[1,11]. De même, l'exigence de l'employabilité (ou le rôle économique) des DPCE pourrait être un facteur si l'« effet du travailleur en santé » [28] rehausse l'effet de l'immigrant en santé. Afin de départager l'effet du travailleur en santé de celui de l'immigrant en santé, des analyses plus détaillées pourraient comparer les DPCE et une sous-population née au Canada qui présente une employabilité similaire.

L'ordre de classement des causes principales d'hospitalisation selon l'importance était le même parmi les DPCE de sexe masculin et les hommes nés au Canada. En revanche, pour les DPCE de sexe féminin, le cancer est arrivé au

Tableau 4
Rapports de cotes corrigés reliant les demandeurs principaux de la catégorie économique (DPCE) de sexe féminin aux hospitalisations, toutes causes confondues et causes principales, selon l'année d'établissement, population de 25 à 74 ans, Canada, le Québec et les territoires non compris, 2006-2007 à 2008-2009 inclusivement

	Toutes causes confondues (excluant la grossesse)						Cancer						Maladies de l'appareil digestif					
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Année d'établissement et catégorie de DPCE	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé[†]	de	à	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé[†]	de	à	Corrigé pour l'âge	de	à	Entièrement corrigé[†]	de	à
Années d'établissement de 1980 à 1992																		
Travailleuses qualifiées[‡]	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Gens d'affaires	0,77*	0,65	0,92	0,91	0,76	1,08	0,98	0,72	1,32	1,01	0,74	1,38	0,75	0,48	1,18	0,85	0,54	1,35
Travailleuses domestiques étrangères	1,03	0,96	1,10	1,02	0,94	1,10	0,95	0,84	1,07	0,98	0,85	1,14	1,17	0,99	1,39	1,24*	1,01	1,51
Années d'établissement de 1993 à 2006																		
Travailleuses qualifiées[‡]	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Gens d'affaires	0,79*	0,69	0,91	0,90	0,78	1,04	0,82	0,64	1,04	0,96	0,74	1,25	0,82	0,57	1,18	0,88	0,60	1,29
Aides familiaux résidants	1,13*	1,06	1,20	1,06	0,98	1,15	1,03	0,92	1,15	0,87	0,74	1,02	1,34*	1,16	1,56	1,17	0,94	1,46

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
† corrigé pour l'âge, du niveau de scolarité, de la connaissance d'une langue officielle, de la région du monde
‡ catégorie de référence
Source : Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006 inclusivement) couplé à la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009 inclusivement).

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les différences chez les immigrants au Canada relativement aux résultats en matière de santé varient selon les origines et la période d'arrivée.
- Les études de ces différences selon la catégorie d'immigration portent habituellement sur les trois principales catégories, à savoir le regroupement familial, les réfugiés et la classe économique.
- On s'est penché relativement peu sur les immigrants de la catégorie économique, même si ces derniers représentent la majorité des immigrants récents (55 % en 2006).

Ce qu'apporte l'étude

- Fondée sur le couplage de deux bases de données représentatives de la population, l'analyse présente les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) toutes causes confondues et pour les principales causes, parmi les immigrants des sous-catégories de demandeurs principaux de la catégorie économique (DPCE), selon le sexe, et les compare à ceux pour leurs homologues nés au Canada.
- Les DPCE des deux sexes présentaient des THNA toutes causes confondues significativement plus faibles que ceux pour la population née au Canada.
- La tendance s'observait pour chacune des sous-catégories de DPCE et pour chacune des maladies examinées.
- Des différences ressortaient entre les sous-catégories de DPCE : par rapport aux travailleurs qualifiés, les gens d'affaires immigrants avaient une cote exprimant le risque d'hospitalisation moins élevée, tandis que les aides familiaux résidants arrivés après 1992 présentaient une cote plus élevée.
- Après prise en compte du niveau de scolarité, de la connaissance d'une langue officielle et de la région du monde, la force de ces associations s'estompaient ou disparaissaient.

premier rang et les maladies de l'appareil digestif en deuxième, tandis que l'ordre était inversé parmi les femmes nées au Canada. Une étude antérieure fondée sur les mêmes données couplées a montré que les DPCE de sexe féminin présentaient des THNA liés au cancer plus élevés que leurs homologues des catégories du regroupement familial et des réfugiés[21]. La même étude a dégagé des THNA plus élevés pour le cancer que pour les maladies de l'appareil digestif parmi les immigrantes arrivées récemment de l'Asie, de l'Europe de l'Est et des Caraïbes. La présente analyse a révélé un THNA élevé pour le cancer parmi les DPCE de sexe féminin, non seulement pour les aides familiaux résidants de sexe féminin, mais aussi pour les travailleuses qualifiées et les immigrantes appartenant à la sous-catégorie des gens d'affaires. Ces femmes étaient nombreuses à venir de l'Asie de l'Est et celles arrivées récemment présentaient un taux de mortalité par cancer légèrement plus élevé que les autres.[1]

Bon nombre d'études ont suggéré que les immigrants ne reçoivent peut-être pas les soins de santé nécessaires en raison de barrières linguistiques, culturelles et autres[29-31]. Il est possible que le nombre de barrières à franchir soit plus grand chez les aides familiaux résidants[10,12-14,32-35]. De plus, selon le Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés de 2002, les aides familiaux résidants ayant présenté une demande d'immigration n'avaient pas à subir d'examen médical, l'ayant déjà subi lors de la demande de résidence temporaire[36]. La présente analyse indique que comparativement aux travailleurs qualifiés, les aides familiaux résidants présentaient une cote exprimant le risque d'hospitalisation corrigée de l'âge plus élevée — toutes causes confondues et en raison des maladies de l'appareil digestif —, bien que non significativement différente après correction pour tenir compte du niveau de scolarité, de la connaissance d'une langue officielle et de la région du monde. Cela donne à penser que les différences pourraient être liées à leurs pays d'origine, où la prévalence des maladies de l'appareil digestif est plus élevée. La possibilité d'interactions entre les gènes et l'environnement pour certaines maladies de l'appareil digestif représente une autre hypothèse[37,38]. Des études plus poussées pourraient tenir compte de la tendance chez les aides familiaux résidants—du fait de leur situation en tant que travailleurs temporaires avant d'immigrer—à avoir passé plus de temps au Canada que leurs homologues des catégories des travailleurs qualifiés et des gens d'affaires. Ainsi, dans le cas de certains immigrants, à tout le moins chez ceux ayant immigré après 2002, les examens médicaux ont été menés plus de deux ans plus tôt que chez les autres DPCE.

Forces et limites

La principale force de la présente analyse est l'utilisation de données couplées du Fichier d'établissement des immigrants et de la Base de données sur les congés des patients. Ce couplage permet d'examiner les taux d'hospitalisation parmi les sous-catégories de DPCE selon les causes d'admission, et de les comparer à ceux pour les personnes nées au Canada.

Une limite de l'analyse tient au fait de ne pouvoir faire un suivi de l'émigration subséquente. Les immigrants sont plus susceptibles que la population née au Canada de quitter le pays pour de longues périodes, ce qui pourrait être particulièrement vrai pour les immigrants de la catégorie des gens d'affaires[39]. La méthode de couplage a permis de s'assurer que les DPCE étaient au Canada le jour du recensement (16 mai 2006), mais on ne sait pas s'ils sont demeurés au Canada pendant toute la période de suivi (2006-2007 à 2008-2009). Dans la mesure où les DPCE étaient plus susceptibles d'être à l'extérieur du pays, leurs THNA seront sous-estimés.

Une autre limite de l'étude est le manque de données sur les hospitalisations pour le Québec, par suite duquel les immigrants habitant cette province en ont été exclus.

Mot de la fin

La présente étude montre qu'il est possible d'utiliser les données couplées du FEI et de la BDCP pour examiner les tendances de l'hospitalisation parmi les sous-groupes d'immigrants. Tandis que le Canada continue de répondre aux besoins du marché de l'emploi grâce à l'immigration, il existe un besoin de déterminer les résultats en matière de santé pour les immigrants et de les comparer à ceux pour la population née au Canada.

Les récents changements en matière de politiques ont eu des répercussions sur l'entrée d'immigrants de la catégorie économique. Par exemple, le Programme des candidats des provinces, qui complète le Programme fédéral des travailleurs qualifiés, a pris de l'ampleur et on a supprimé l'exigence pour les aides familiaux d'habiter chez les personnes soignées[40]. De même, les travailleurs étrangers temporaires et les diplômés étrangers ayant une expérience professionnelle admissible peuvent présenter une demande pour devenir des immigrants économiques au titre du programme de la catégorie de l'expérience canadienne[41]. Des recherches supplémentaires seront requises pour évaluer les répercussions de ces changements sur l'utilisation des services de soins de santé.

Références

1. E. Ng, l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé, *Le point sur l'effet de l'immigrant en santé : mortalité selon la période d'immigration et le lieu de naissance*, Série de documents de travail de la recherche sur la santé n° 8 (n° 82-622 au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2011.
2. M. Rotermann, « Répercussions de la prise en compte du lieu de naissance dans les analyses de la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, 22(4), 2011, p. 37-44.
3. N.R. Saunders, T. To, P.C. Parkin et A. Guttmann, « Emergency department revisits by urban immigrant children in Canada: A population-based cohort study », *Journal of Pediatrics*, 170, 2016, p. 218-226.
4. A. Durbin, E. Lin, R. Moineddin *et al.*, « Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and by refugees in Ontario, Canada », *Open Medicine*, 8(4), 2014, p. e136-146.
5. Immigration, Réfugiés and Citoyenneté Canada, *Évaluation du Programme des travailleurs qualifiés (fédéral)*, Ottawa, Immigration, Réfugiés and Citoyenneté Canada, 2010.
6. M. DesMeules, J. Gold, S. McDermott *et al.*, « Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: Results of a national cohort study », *Journal of Immigrant Health*, 7, 2005, p. 221-232.
7. S. McDermott, M. DesMeules, R. Lewis *et al.*, « Cancer incidence among Canadian immigrants, 1980-1998: Results from a National Cohort Study », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(1), 2011, p. 15-26.
8. Immigration, Réfugiés and Citoyenneté Canada, *Faits et chiffres 2014 – Aperçu de l'immigration : Résidents permanents*, disponible à l'adresse http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2014/permanents/03.asp, document consulté le 16 avril 2016.
9. E.V. Kliewer et A. Kazanjian, *Health Status and Medical Services Utilization of Recent Immigrants to Manitoba and British Columbia: A Pilot Study*, Vancouver, British Columbia Office of Health Technology Assessment, 2000.
10. D. Spitzer et S. Torres, *Gender-Based Barriers to Settlement and Integration for Live-In-Caregivers: A Review of the Literature*, Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement (CERIS) Working Paper No 71, Toronto, CERIS, 2008.
11. I. Hyman, *Immigration and Health: Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada*, Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement (CERIS) Working Paper No. 55, Toronto, CERIS, 2007.
12. D.L. Spitzer, « Work, worries and weariness: Towards an embodied and engendered migrant health », In: Spitzer DL., ed. *Engendering Migrant Health: Canadian Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press, 2011.
13. M. Stewart, A. Neufeld, M. Harrison *et al.*, « Immigrant women family caregivers in Canada: Implications for policies and programs in health and social Sectors », *Health and Social Care in the Community*, 14(4), 2006, p. 329-340.
14. P.F. Kelly, M. Astorga-Garcia et E.F. Esguerra, Community Alliance for Social Justice. *Explaining the Deprofessionalized Filipino: Why Filipino Immigrants Get Low-Paying Jobs in Toronto*, Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement (CERIS) Working Paper No. 75, Toronto, CERIS, 2009.
15. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2015.
16. Statistique Canada, *Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM)*, dernier mis à jour le 4 décembre 2015, disponible à l'adresse http://www23.statcan.gc.ca/imdb-internal/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5057&dis=1, document consulté le 30 mars 2016.
17. Institut canadien d'information sur la santé, *Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients*, disponible à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata
18. Division des méthodes d'enquêtes auprès des ménages, *CIC Landing File to Census 2006 Linkage*, document interne, Ottawa, Division des méthodes d'enquêtes auprès des ménages, Statistique Canada, 2011.
19. M. Rotermann, C. Sanmartin, R. Trudeau ET H. St-Jean, « Couplage des données du Recensement de 2006 et des données hospitalières au Canada », *Rapports sur la santé*, 26(10), 2015, p. 11-23.

20. C. Sanmartin, E. Ng, J. Brennan *et al.*, *Couplage du fichier canadien d'établissement des immigrants aux données hospitalières : une nouvelle source de données pour la recherche sur la santé des immigrants*, Études analytiques : méthodes et références, numéro 2 (nº 11-633-X au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2011.

21. E. Ng, C. Sanmartin et D.G. Manuel, « Hospitalisation en soins de courte durée, selon la catégorie d'immigration : couplage de données hospitalières avec le Fichier d'établissement des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 27(8), 2016, p. 13-21.

22. Statistique Canada, *Couplages d'enregistrements approuvés*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/somm

23. Statistique Canada, *Directive sur le couplage d'enregistrements*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/politique4-1

24. P.C. Hsiung et K. Nichol, « Policies on and experience of foreign domestic workers in Canada », *Sociology Compass*, 4(9), 2010, p. 766-778.

25. Organisation mondiale de la Santé, Classification Statistique Internationale des Maladies, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

26. K.C. Carriere et L.L. Roos, « A method of comparison for standardized rates of low-incidence events », *Medical Care*, 35(1), 1997, p. 57-69.

27. E. Ng, K. Pottie et D. Spitzer, « Connaissance des langues officielles et état de santé autodéclaré des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 22(4), 2011, p. 15-23.

28. C.Y. Li et F.C. Sung, « A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology », *Occupational Medicine*, 49(4), 1999, p. 225-229.

29. M. Beiser, « The health of immigrants and refugees in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl 2), 2005, p. S30-44.

30. B. Newbold, « Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis », *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(2), 2005, p. 77-83.

31. D.W. Lai et S.B.Y. Chau, « Predictors of health service barriers for older Chinese immigrants in Canada », *Health and Social Work*, 32(1), 2007, p. 57-65.

32. I.L. Bourgeault, R. Parpia et J. Atanackovic, « Canada's Live-In Caregiver Program: Is it an answer to the growing demand for elderly care? », *Journal of Population Ageing*, 3(1-2), 2010, p. 83-102.

33. E. Tungohan, R. Banerjee, P. Cleto *et al.*, « Impediments to belonging: Economic precariousness during and after the Live-in Caregiver Program », *Canadian Ethnic Studies*, 47(1), 2015, p. 87-105.

34. B. Salami et S. Nelson, « The downward occupational mobility of internationally educated nurses to domestic workers », *Nursing Inquiry*, 21(2), 2014, p. 153-161.

35. R.K. Brickner et C. Straehle, « The missing link: Gender, immigration policy and the Live-in Caregiver Program in Canada », *Policy and Society*, 29(4), 2010, p. 309-320.

36. Ministère de la Justice, *Exemptions médicales*, disponible à l'adresse http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/outils/medic/exam/exemptions.asp?_ga=1.16497974.1015919892.1425320164, document consulté le 29 novembre 2016.

37. K. Goh et S.D. Xiao, « Inflammatory bowel disease: A survey of the epidemiology in Asia », *Journal of Digestive Diseases*, 10(1), 2009, p. 1-6.

38. E.I. Benchimol, D.R. Mack, A. Guttmann *et al.*, « Inflammatory bowel disease in immigrants to Canada and their children: A population-based cohort study », *American Journal of Gastroenterology*, 110(4), 2015, p. 553-563.

39. A. Aydemir et C. Robinson, *Retour et reprise de migration chez les hommes en âge de travailler*, Direction des études analytiques documents de recherche (nº 11F0019MIE2006273 au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2006.

40. Immigration, Réfugiés and Citoyenneté Canada, Des changements apportés au Programme des aides familiaux du Canada sont entrés en vigueur le 30 novembre 2014, disponible à l'adresse http://www.cic.gc.ca/francais/travailler/embaucher/aide.asp document consulté le 4. novembre 2015.

41. Immigration, Réfugiés and Citoyenneté Canada, *Catégorie de l'expérience canadienne (CEC)*, disponible à l'adresse http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/outils/perm/econ/cec/index.asp, document consulté le 18 janvier 2017.